

TRABAJO FIN de GRADO de ENFERMERIA

PROGRAMA DE EDUCACION A CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES DEL VALLE DE SALAZAR



AUTORA: Maria Adot Esarte

TUTORA: Dra M^a Arantzazu Zabala Jauregialtzo

Universidad: Universidad Pública de Navarra

Titulación: 4º Grado en Enfermería

Curso Académico: 2013-2014

Convocatoria: 1ª Convocatoria

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Este proyecto consiste en un programa de Educación para la Salud dirigido a cuidadores de personas mayores del Valle del Salazar (Navarra). Se trata de una población de un alto número de personas mayores, y por lo tanto, de un gran número de cuidadores no profesionales.

El objetivo principal de este proyecto es ampliar conocimientos de los cuidadores. Conocimientos que están relacionados con la salud tanto del propio individuo como de la persona a la que cuida. Para ello se pretende desarrollar valores y habilidades personales que promuevan la salud impartiendo para ello unos talleres de educación basados en una búsqueda bibliográfica relacionada con este tema.

El resultado final será la elaboración y desarrollo de 4 talleres grupales con una metodología descriptiva y participativa de los cuidadores no profesionales.

Como conclusión, destacar la necesidad de cuidar al cuidador en todos los ámbitos, físico psíquico y sociales.

PALABRAS CLAVE

- Educación del cuidador
- Cuidador
- Cuidador no profesional
- Educación para la salud

ÍNDICE

1	INTRODUCCION- MARCO CONCEPTUAL.....	5
1.1	Definición Salud	5
1.2	Envejecimiento de la población.....	6
1.3	Cuidador	8
1.4	Justificación elección proyecto.....	13
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo principal	20
2.2	Objetivos secundarios	20
3	METODOLOGIA- MATERIAL- METODOS.....	21
3.1	Metodología para la captación de la población diana	22
3.2	Justificación ética.....	22
4	RESULTADO.....	24
4.1	Elaboración talleres	24
4.2	Metodología taller grupal.....	26
4.3	Diseño taller educación grupal.....	28
5	DISCUSIÓN	35
6	CONCLUSIONES.....	37
7	AGRADECIMIENTOS	39
8	BIBLIOGRAFIA	40
9	ANEXOS.....	44

1 INTRODUCCION- MARCO CONCEPTUAL

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores y sus cuidadores.

Para comprender el fin de este proyecto a continuación se van a desarrollar los siguientes conceptos: Salud, Envejecimiento de la población y Cuidador.

1.1 Definición Salud

Salud, según la primera acepción de la Real Academia de la Lengua, es “el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. En 1948, la OMS rompe los conceptos de salud de carácter negativo, ausencia de enfermedad, dominantes hasta entonces y define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, incorporando el sentido holístico, positivo y subjetivo de la salud(1).

El concepto de salud está construido socialmente, algo que ha sido ampliamente asumido y estudiado por la antropología cultural. Una prueba fehaciente del carácter social de la salud es la proliferación de nuevas enfermedades vinculadas con el sistema social: los trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia,), las enfermedades relacionadas con el trabajo (estrés, enfermedades cardiovasculares etc.) o las ligadas a relaciones sociales (depresión, trastornos mentales etc.)(1)

La actual situación de la salud se caracteriza por cambios profundos y rápidos:

- 1- Cambios socio-demográficos: reducción de la natalidad, retraso del primer hijo, reducción del tamaño de las familias, aumento del nivel de estudios, longevidad, envejecimiento de la población, incorporación de la mujer al trabajo no domestico, cambios e roles sociales al género, migraciones...
- 2- Cambios de patrón de morbi-mortalidad: constituyendo las causas de muerte mas frecuentes en la actualidad en occidente las enfermedades cardiovasculares, canceres, enfermedades respiratorias, accidentes...
- 3- Factores asociados a estas causas de muerte relacionados con los diferentes estilos de vida: tabaco, alcohol, dieta rica en grasas, obesidad, sedentarismo, estrés, , velocidad excesiva, conducción bajo efectos del alcohol y no usar las medidas de seguridad en la conducción.

Los problemas de salud vigentes son multicausales y complejos y requieren acciones bien articuladas que cambien diferentes estrategias, métodos, y técnicas. Necesitan un abordaje con múltiples dimensiones: investigación, medio ambiental, clínico, educativa etc.

La educación para la salud constituye una de las herramientas primordiales a utilizar en distintos niveles de población: grupos, individuos de diferentes ámbitos (familia, escuelas, centros de trabajo, servicios sanitario), sola o acompañada de otras estrategias con el fin de mejorar la Salud de la población (2).

Es por ello que en los Objetivos Generales del Plan de Salud de Navarra 2014-2020 se citan los siguientes objetivos(3):

- Mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud.
- Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud.
- Fomentar el empoderamiento y el autocuidado de la salud.
- Mejorar la equidad en los resultados de salud.
- Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario
- Disminuir la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.
- Disminuir la morbilidad y reducir la severidad de las patologías priorizadas.
- Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal.

Mediante la elaboración y puesta en marcha de este proyecto se contribuirá al logro de varios objetivos como son: fomentar el auto cuidado de la salud, disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal, mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud.

1.2 Envejecimiento de la población

La población española viene atravesando desde hace años un proceso de intenso cambio en su estructura de edades y en su entidad cuantitativa. Como consecuencia de la tendencia al aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad desde finales de los años setenta, la edad media de la población ha aumentado. Convencionalmente se denomina a este proceso “envejecimiento” de la población (16)

El avance tecnológico y científico sobre la salud y la enfermedad conseguido desde los siglos XIX y XX en los países desarrollados conformar un hito histórico desde el punto de vista sociopolítico y científico. La baja natalidad, la baja mortalidad, la elevada expectativa de vida y el consecuente predominio de las enfermedades

crónicas y del grupo de personas mayores, son las principales características actuales y futuras de nuestra sociedad, epidemiológica y demográficamente hablando(4).

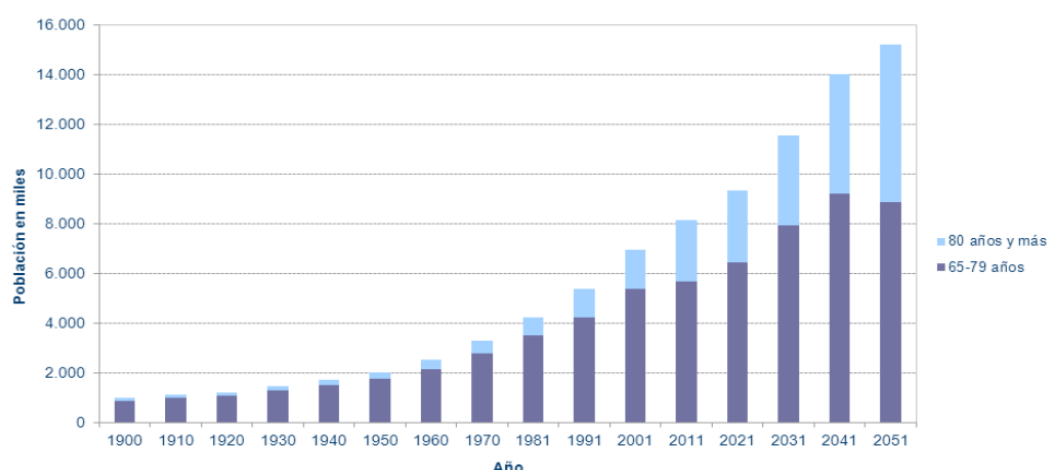
Estos factores conllevan un incremento imparable en el número de personas dependientes que requieren cuidados de larga duración y de las necesidades de asistencia desde los sistemas formal e informal.

En primer lugar, el cambio en la estructura de una población o transición demográfica implica que un país o sociedad pase de una alta fertilidad y alta mortalidad a una baja fertilidad y baja mortalidad, y se caracteriza por un incremento de la esperanza de vida y por un envejecimiento de la población.

El envejecimiento demográfico constituye también un fenómeno constatado y observado en todos los países desarrollados. Se caracteriza por un aumento en el porcentaje que representan los individuos mayores de 65 y más años sobre el total de la población, y una disminución de la proporción de los grupos de edades más jóvenes. España a 1 de noviembre de 2011 tenía 8.116.347 personas mayores (65 y mas años), el 17,3 sobre el total de la población según los Censos de Población y Viviendas 2011(INE), y sigue creciendo en mayor medida la población de octogenarios, ahora representa el 5,2% de toda la población (5).

España será también el colectivo que experimentará el mayor crecimiento en las próximas décadas, con incrementos anuales superiores al 1,2% hasta el 2050, mientras que desde la tercera década del siglo XXI la población española en su conjunto evolucionará con tasas negativas. En concreto, el segmento del total de la población que mayor crecimiento experimentará será el de las personas de 80 y más años, siendo para el grupo de 85 y más años del orden de un 80% en los próximos 20 años. Según Naciones Unidas, un 37,6% de la población española tendrá 65y más años en 2050 (13,4% serán octogenarios). A continuación se observa un grafico de población de España, real hasta 2013 hipotética hasta 2051.

Gráfico 1.2.1 Evolución de la población mayor, 1900-2051. INE.



* De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2051 se trata de proyecciones

Fuente: INE: INEBASE:

1900-2001: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001

2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011

2021-2051: Proyecciones de la población a largo plazo. Consulta en enero 2014

El envejecimiento y la dependencia, estrechamente asociados, están poniendo a prueba el «potencial familiar de cuidados» y plantean el dilema de si la familia puede dar respuesta a estas nuevas situaciones de demanda de asistencia. Las necesidades de cuidados prolongados que tienen las personas mayores dependientes son, en ocasiones, de gran complejidad. Para desarrollarlos de manera correcta es preciso contar con formación suficiente, y hacerlo bajo la supervisión y con el apoyo de profesionales adecuados. Si no es así, las consecuencias sufridas por el cuidado constituyen un factor de tensión adicional sobre el modelo familiar de atención. La llamada «carga» del cuidador tiene incidencia sobre los familiares que cuidan, sobre el entorno familiar, económico, laboral y sobre su propia salud.

Un enfoque integrado de cuidados, con una atención centrada en la familia, podría aumentar la autonomía de estas familias cuidadoras y paliar, en algún modo, sus limitaciones o sufrimientos (7).

1.3 Cuidador

Se puede definir al cuidador/a como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus relaciones sociales” (7).

El cuidador principal se define como aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, contando en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo y que ha realizado tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas (7).

Se puede clasificar el cuidador como cuidador no profesional y cuidador profesional:

Cuidadores no profesionales: son aquellas personas, familiares o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada, que prestan a una persona con dependencia los apoyos necesarios para satisfacer las necesidades básicas y aquellas otras necesidades derivadas de su condición de dependencia.

Cuidado profesional: Los prestado por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesionales autónomos entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar en un centro.

Numerosos estudios existentes sobre cuidado informal se centran en particular, en establecer el perfil del cuidador informal así como las principales características de los cuidados a las personas dependientes. Además, las múltiples definiciones de “cuidador” condicionan una amplia variabilidad en la estimación del número de personas cuidadoras (8). Establecer la cifra de personas cuidadoras no es una tarea fácil, se estima que en la actualidad un 15% de los hogares españoles cuida a personas dependientes.

1.3.1 Perfil del cuidador

Según el reciente informe del IMSERSO (2005) sobre cuidados a personas mayores en los hogares españoles, más de 950.000 personas mayores de 18 años prestan algún tipo de cuidado o apoyo a algún anciano.

En cuanto al perfil del cuidador, las mujeres **constituyen el 69,8%** de los cuidadores, por el 30,2% de los hombres según datos del informe de 2010 (1).

El cuidado informal tiene una distribución desigual entre los miembros del hogar o de la familia. A la búsqueda de explicaciones a esas desigualdades y el análisis de sus consecuencias se han dedicado múltiples investigaciones, especialmente desde la perspectiva de género, ya que, aunque desde hace aproximadamente dos décadas se están produciendo cambios hacia una mayor colaboración y reparto en la realización de tareas, el hogar sigue siendo hoy un espacio asociado tanto estadística como simbólicamente al colectivo femenino (9).

En muchas sociedades, incluida la nuestra, hay unas expectativas no escritas sobre quién debe ser el cuidador, que son expectativas culturales. Si una persona mayor se pone enferma o necesita de atenciones en las actividades de la vida cotidiana, se espera que su esposo o esposa, si puede, le cuide. Y si este no puede, el género pasa a ser un factor determinante, de modo que ser mujer (ser la hija, la nuera, la nieta, la hermana, la sobrina, etc.) se asocia al rol de cuidador.

De algún modo se espera que cuidar de los familiares mayores sea una tarea de las mujeres, como una extensión de su rol maternal, del reparto de tareas domésticas, o como consecuencia de las distintas relaciones y afinidades que se establecen en función del género. En nuestro medio, a pesar de que en los últimos años se ha podido confirmar una tendencia hacia la mayor implicación de los varones en las tareas de cuidado, el predominio femenino sigue siendo incuestionable.

La edad media de personas cuidadoras informales en España es de 52.9años. Las cuidadoras tienen un promedio de edad de 59,9 años y los varones de 62 años. El intervalo de edad del cuidador se sitúa entre los 45 y los 69 años (1).

Hay que señalar asimismo que la edad de los cuidadores queda agrupada en dos grandes conjuntos. En primer lugar, cuando se trata de personas mayores dependientes, la media de edad correspondiente al grupo de los hijos cuidadores suele estar en un intervalo entre los 35 y los 55 años, y otro que recoge el intervalo de edad de la pareja y que se sitúa entre los 65 y los 85 años

El nivel de estudios de los cuidadores es en general es bajo y no supera en un porcentaje elevado el de estudios primarios. En nuestro medio, aproximadamente un 60-66% del conjunto de cuidadores no tiene estudios o posee estudios primarios frente a un 6-7% que cuenta con estudios universitarios (4).

En cuanto a perfil laboral, las cifras en España indican que el 75% del total de personas cuidadoras de personas mayores dependientes no tiene actividad laboral alguna: son amas de casa (50%), jubiladas/os (15%) y paradas/os (9,7%). Sólo el 18,5% de la muestra desarrolla un trabajo remunerado, que en general compatibiliza con los cuidados. En este último grupo, predominan los trabajadores a jornada completa (63,5%), seguidos por los que desempeñan un trabajo a media jornada (20%) y por horas sueltas (14,3%). En el caso del cuidado a personas mayores dependientes, la situación laboral del cuidador se perfila de forma diferente en función de si el cuidador es su pareja o alguno de sus hijos de la persona dependiente). Cuando el cuidador es la pareja es más habitual que se trate de un jubilado/a. En el caso de los hijos que está en edad de ser laboralmente activos, bien tienen un empleo o bien nunca han desempeñado una actividad laboral fuera de casa(4).

Los hogares cuidadores se caracterizan por su reducido número de miembros: la mitad están compuestos por dos personas (cuidador y receptor) y en casi uno de cada cuatro conviven tres personas; los hogares de cuatro o más personas constituyen aproximadamente un cuarto de la muestra. Los receptores de edades más avanzadas tienen más probabilidades de vivir en hogares de mayor tamaño. Ello es debido fundamentalmente a que sus necesidades de cuidado son mayores y a que es más probable que su cónyuge haya fallecido, por lo que frecuentemente pasan a vivir en el hogar de uno de los hijos(5).

Teniendo estos datos si tenemos en cuenta la población del valle de Salazar, se mantiene el perfil de cuidador citado hasta ahora. En las zonas rurales es más frecuente los hogares con varios miembros y varias generaciones. En la actualidad, como consecuencia de la despoblación del Pirineo, la mayor parte de hogares está constituido por los cónyuges, jubilados, que tienen a sus hijos en la ciudad y que acuden los fines de semana y vacaciones. Otra parte de familias viven con sus hijos o hijas, donde los nietos son los que están en las ciudades, y el cuidado de la personas mayores de la casa recae en la hija o la nuera. Teniendo en cuenta las costumbres y cultura de los pueblo, es parte de ello que el cuidado sea parte de las funciones del género femenino, mientras el masculino trabaja en el campo para ganar el sustento de la familia.

En resumen, el perfil del cuidador según el IMSERSO 2012 es:

- 45- 65 años de edad.
- 43% son hijas, 22% son esposas y 7'5% son nueras
- En su mayoría están casados.
- Ayuda diaria – ocupación laboral no remunerada
- Comparten el domicilio con la persona cuidada
- No reciben ayuda de otras personas.

- Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos

1.3.2 Repercusiones del cuidado en el cuidador

En muchas ocasiones, la atención continua sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, generador de la una sobrecarga del cuidador(4).

La definición que se le dio al concepto de carga ha sido la de asumirlo como un término global para describir la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar el cuidado.

Las repercusiones de esta carga sobre los cuidadores informales implican problemas en su salud mental y física (depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas etc.) Así como repercusiones económicas, laborales, familiares, sobre sus relaciones sociales y su tiempo libre. Además, la sobrecarga del cuidador tendría fuertes consecuencias sobre el receptor de cuidados en cuanto que se ha relacionado con la claudicación o el abandono del cuidado, la institucionalización e incluso con malos tratos y abusos hacia la persona dependiente(4).

Para la Administración, las repercusiones de la claudicación por parte del sector informal generarían un elevado coste, dado que la demanda se desplazaría entonces hacia el sector institucional público y privado – hospitales o residencias para mayores y discapacitados. Los cuidados informales representan alrededor del 75% de toda la ayuda que reciben las personas mayores dependientes en los países desarrollados. Todo ello representaría un problema político, social y económico, si tenemos en cuenta la insostenibilidad actual de los sistemas de protección social. Además, los propios problemas físicos y mentales del cuidador informal provocados por la sobrecarga podrían convertirlos a ellos mismos en consumidores del sistema sanitario, incrementando así la presión sobre el sistema sanitario.

Todo ello, influye negativamente sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas dependientes, a la vez que también sobre sus cuidadores principales. Es por todo ello, que la carga de los cuidadores informales se está conformando como un problema sanitario y social que requiere un profundo estudio, a la vez que soluciones adecuadas, como por ejemplo, con programas de educación como este.

Según la *Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores en España 2004*(9), el 87% de los cuidadores tienen problemas derivados del cuidado: el 56% en su estado de salud, el 61% en la esfera profesional o económica y el 80% en su ocio, tiempo libre o vida familiar. Por ello, estos son los principales puntos a tratar en los talleres a desarrollar en este proyecto.

Una de las patologías más frecuentes como consecuencia del cuidado de personas mayores es el estrés, puede dar lugar al denominado *síndrome del burnout* (“síndrome del quemado”), que se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza (9).

El contexto social e individual de los cuidadores es determinante en los efectos del cuidado en su salud que plantea que el estrés depende de la adecuación de los recursos personales y sociales a la situación que lo genera. Por lo tanto, se pretenderá dar herramientas sobre manejo del estrés a los participantes de los talleres.

Hay investigaciones longitudinales que señalan que el bienestar mental está fuertemente asociado al hecho de recibir apoyo emocional por parte de la familia. La ausencia de apoyo familiar se ha relacionado con un peor estado psicológico del cuidador.

El cuidado también tiene consecuencias en la salud física de los cuidadores, que frecuentemente son de una edad avanzada, de la misma generación que el que recibe su cuidado. Según un estudio realizado por Delicado en la ciudad de Albacete y el medio rural, el 46% de los cuidadores informales padecía al menos una enfermedad importante (1). Los resultados de la Encuesta de Apoyo Informal a Mayores en España 2004 (IMSERSO, 2004) son reveladores en ese aspecto: el 33% de los cuidadores se encontraba cansado debido al cuidado, el 28% consideraba que su salud se había deteriorado debido a esta situación y hasta un 27% afirmaba no tener tiempo para cuidar de sí mismo, lo que constituye un buen indicador de lo que se ha denominado el “cuidador descuidado” y que alude a la desatención del cuidado propio por la atención a otra persona (9).

El cuidado informal tiene profundas consecuencias económicas en el interior de los hogares que, agregadas, afectan a la evolución de la economía nacional. Las economías familiares redistribuyen sus recursos económicos y humanos para dar respuesta a las situaciones de dependencia, que pueden requerir adaptar la vivienda, contratar a un cuidador, comprar ayudas técnicas o dejar el trabajo por un tiempo indefinido. La mayoría de las consecuencias del cuidado en las economías familiares son considerados costes, aunque también puede haber efectos positivos: ayudas monetarias esporádicas, uso de la vivienda del receptor, compensaciones económicas futuras a través de herencias, etc.

Según la EAIME 2004, más de uno de cada cuatro cuidadores considera que no puede plantearse trabajar fuera de su casa. Un porcentaje no desdeñable han tenido que dejar de trabajar (12%), reducir su jornada (el 11%), tienen problemas para cumplir horarios (11%) o consideran que su vida profesional se ha resentido (7%). Los costes económicos del cuidado informal tienen a su vez consecuencias psicológicas y sociales. En esta línea, muchas mujeres sufren una intensa frustración cuando se encuentran en una situación que les impide vincularse a un empleo remunerado.

Las consecuencias del cuidado informal en las relaciones sociales de los cuidadores son importantes y se reflejan en su uso del tiempo: suele confinar al cuidador en el hogar, aumentar el tiempo de trabajo no remunerado y reducir el tiempo libre (1).

La mayor limitación en las relaciones sociales y la gran cantidad de tiempo con la persona dependiente hacen que el cuidador focalice su vida social en la relación de cuidado. Por ello, el bienestar emocional del cuidador depende en buena medida de sus relaciones familiares y, en especial, de su relación con la persona cuidada.

En cuanto a los servicios de apoyo a cuidadores del Valle Salazar, desde el servicio social de base existe el servicio de asistencia domiciliaria donde las asistentes sociales acuden al domicilio de apoyo a la cuidadora principal. En el año 2013 acudían a 37 domicilios según datos facilitados por el servicio social base Salazar-Navascués, de los cuales 2 eran Gran Dependientes, 3 Dependientes Severos y 7 Dependientes Moderados.

En estos casos, la labor de la enfermera debe centrarse en detectar posibles déficits de cuidados en la persona mayor, que en ocasiones encontrara dificultades por parte de los cuidadores, que no saben o no entiende. Por ello, es necesaria una educación general de cuidados donde los cuidadores entiendan el porqué y para que de las cosas y de este modo realicen adecuadamente los cuidados. Hay que valorar posibles connotaciones o comentarios negativos de los cuidadores sobre su estado o sobre su relación con la persona cuidada ya que podría tratarse de una sobrecarga del cuidador donde la enfermera deberá apoyar y tratar.

1.4 Justificación elección proyecto

El proyecto se va desarrollar en el Valle del Pirineo Navarro del Salazar. He elegido este proyecto, principalmente porque soy de uno de los pueblos de este valle.

En estos valles nunca se ha hecho ningún programa de educación para la Salud de este tipo, por lo que me ha parecido una gran oportunidad poder realizarlo y de esta manera aportar algo a mi zona.

El proyecto va dirigido a personas cuidadoras, ya que la mayor parte de la población son personas mayores que necesitan un cuidado continuo.

Para entender mejor el fin del proyecto a continuación se describe la situación sociodemográfica y socioeconómica del Valle de Salazar así como su situación organizativa de Salud.

Situación geográfica

El Valle de Salazar está situado en el Pirineo Navarro dispuesto de Norte a Sur y drenado por el río homónimo, salvo su parte más septentrional que lo es por el río Irati. Limita al Norte con Francia, al Este con el Valle de Roncal, al Oeste con el de Aézcoa y al Sur con el Almiradío de Navascués.

El Valle está constituido por 15 pueblos: Ezcároz, Esparza, Gallués, Güesa, Izalzu, Jaurrieta, Ochagavía, Oronz, Ripalda, Uscarrés, Igal, Izal, Iciz, Sarriés e Ibilcieta.

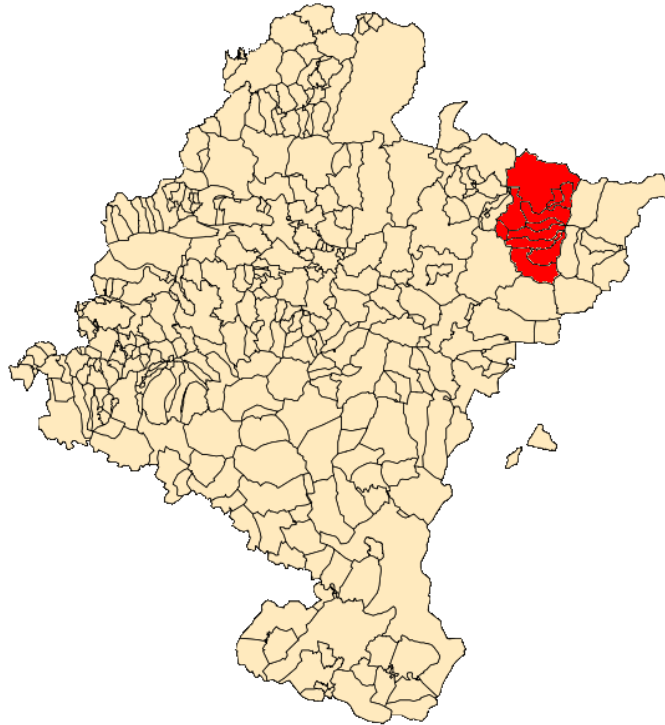


Imagen 1.4.1 Zonificación de Navarra, destacado Valle de Salazar (12)



Imagen 1.4.2 Localización Pueblos Valle De Salazar. (10).

Recursos económicos

Los recursos económicos de Salazar han sufrido una transformación a lo largo del tiempo. De ser un Valle eminentemente agrícola y ganadero se ha pasado a una economía más diversificada, donde el sector turístico ha experimentado un gran auge en los últimos años.

En cuanto a la agricultura la patata de siembra, característica de esta zona, es el principal cultivo del lugar.

Respecto a la ganadería, una de sus tradicionales fuentes de riqueza en la historia de Salazar, la actividad más importante es la relacionada con la ovina, de raza churra, bovina y caballar.



Imagen 1.4.3 Pastoreo en los prados comunales del Valle de Salazar.

La industria, en su mayor porcentaje, está relacionada con el aprovechamiento forestal, siendo la construcción otra de las fuentes económicas de los salacencos. En la actualidad, el Valle cuenta con su propio Polígono Industrial, situado en el pueblo de Ibiz. En él ya se han instalado empresas de cantería, madera y de nuevas tecnologías. El establecimiento de un polígono crea nuevas perspectivas económicas en el valle, y abre el futuro a la mejora industrial de la zona.

Sin duda el turismo es uno de los sectores económicos que más fuerza está teniendo en los últimos años. El éxito de la implantación de las casas rurales, campings, hostales y restaurantes, la aparición de grupos dinamizadores turístico-deportivos, la creación de senderos y circuitos de esquí nórdico, etc., están propiciando una activación de empleo que, poco a poco, está induciendo efectos sobre la actividad económica del valle.

Todo este nuevo movimiento potencia, además, la actividad comercial, artesanal y de servicios que proporciona una salida a las producciones primarias de este valle pirenaico.

Aspectos organizativos

Sus órganos de gobierno, encargados, entre otras cuestiones, de la administración de los bienes comunales, son la Junta del Valle, los ayuntamientos de cada municipio, y los concejos. La Junta del Valle está formada por representantes de cada pueblo, el número de representantes depende del número de habitantes de cada pueblo y según los estatutos del Valle.

En cuanto a la organización Sanitaria del Valle de Salazar, está delimitada en la Ley de Zonificación Sanitaria que está regida por la Ley Foral 22/1985 de 13 de noviembre, la Zonificación Sanitaria de Navarra por la Ley Foral 10/1990 de 23 de noviembre de Salud de Navarra, y por el Decreto Foral 108/2002 de 27 de mayo por el que se modifica la delimitación territorial de diversas zonas básicas de salud y sectores de salud mental (12,14). El objetivo de esta zonificación fue conseguir un sistema integral de atención sanitario, sustentado en la atención primaria como núcleo principal y función central del sistema sanitario.

Por lo tanto teniendo la resolución de dichas leyes en cuenta, el Valle de Salazar corresponde al Área de Salud de Pamplona y a la Zona Base del Valle de Salazar que correspondiente a la zona de Navarra Este(12).

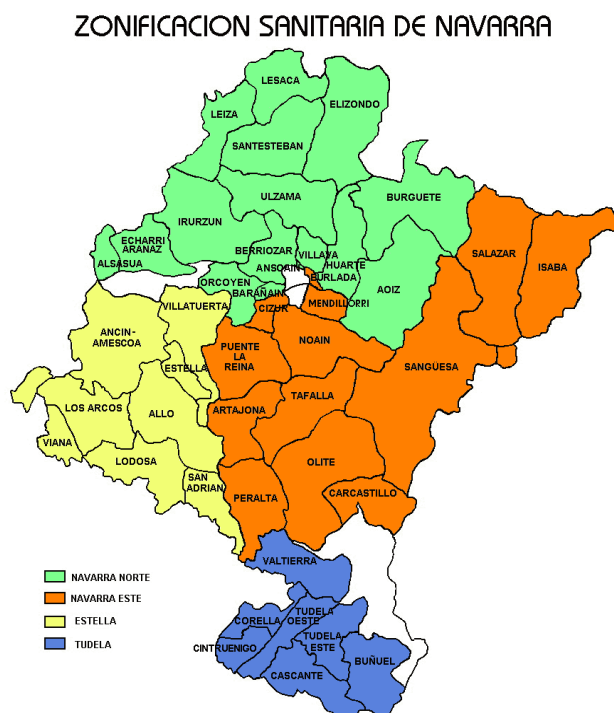


Imagen 1.4.4. Zonificación Sanitaria Navarra. Color naranja: Área de Salud Navarra Este al cual corresponde el Valle de Salazar. (12)

La atención sanitaria de médico y enfermera del valle depende del tamaño del pueblo y la población. En los pueblos de Ezcároz y Ochagavía existe un Centro de Salud donde hay consultas medicas y de enfermería todos los días, ya que son los pueblos de mayor población. En el resto del los pueblos, la atención suele ser durante unas horas uno o varios días a la semana, dependiendo del tamaño y población del pueblo.

En cuanto a la atención especializada la población es derivada a otros centros de la Comunidad Foral de Navarra.

La atención de salud mental se deriva al Centro de Salud Mental de la Milagrosa y la atención de ginecología y obstetricia en el Centro de Atención a la Mujer de Sangüesa. El resto de especialidades y urgencias son derivadas al Complejo Hospitalario de Navarra.

En cuanto a los servicios sociales se refiere, los encargados son la Mancomunidad servicios sociales Salazar y Navascués, que tienen la base en el Centro de Salud de Ezcároz.

Según los datos facilitados por Servicio Social de Base del Salazar y Navascués la población atendida por las trabajadoras y asistentes sociales es la siguiente:

	Mujeres 65-79años	Hombres 65-79años	Mujeres ≥80	Hombres ≥80	Total usuarios ≥65
No dependientes	9	5	4	8	23
Gran Dependientes		1		1	2
Dependiente severo			1	2	3
Dependiente Moderado			4	3	7
TOTAL	9	6	9	11	35

Tabla 1.4.1. Población atendida Servicio Social de Base Salazar-Navascués. Elaboración propia. Datos facilitados por la Trabajadora Social de Base.

Población Navarra y Valle de Salazar

Según los datos del plan de apoyo a las familias del instituto Navarro Situación actual de las familias en Navarra para la familia e igualdad (10). El número de hogares unipersonales en Navarra ha aumentado en una década más de un 60%, suponiendo en la actualidad el 24,5% del total de hogares de Navarra. 38% de ellos es ocupado por una persona mayor de 65 años, que en tres de cada cuatro casos es mujer

Ha disminuido el número de miembros por hogar: de 4,1 en 1970 a 2,6 en 2011. Los hogares con hijos dependientes se han reducido al 26,4%, por detrás del compuesto por una pareja sin hijos (27,9%). Se reduce un 32,8% el número de familias numerosas desde la última década, pero Navarra sigue siendo la segunda Comunidad con mayor porcentaje de éstas (un 4,1% de los hogares) (10).

Las familias monoparentales representan el 8,8% de los hogares navarros y resulta destacable que en el 80,2% de los casos la persona de referencia sea una mujer.

El cuidado y atención de las personas con autonomía limitada, dependientes o menores es clave en las relaciones intrafamiliares. La incorporación de la mujer al trabajo ha supuesto un cambio en la disponibilidad de tiempo; cambio al que como sociedad todavía no se ha sabido dar una respuesta adecuada.

Según el borrador de salud de Navarra 2014-2020, la densidad de población a 1 de enero de 2011 es de 61,8 personas/Km² para el conjunto de Navarra, por debajo de la de España que es de 93,5, oscilando entre los 449,2 habitantes/ Km² de Pamplona y comarca y los 6,65 habitantes/ Km² de Pirineo Este.

En la siguiente tabla se puede observar la disminución de la población de municipios del Valle Salazar desde el año 1975 hasta 2013. Datos INE (13).

Municipios	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2005	2013
Esparza de Salazar	199	160	159	136	122	103	100	88
Ezcároz	466	431	400	365	364	358	363	338
Gallués	149	135	142	133	124	121	118	104
Güesa	122	113	106	90	79	72	65	50
Izalzu	84	54	52	49	49	45	46	52
Jaurrieta	415	391	359	321	268	238	225	218
Ochagavía	826	777	721	676	701	666	651	604
Oronz	66	70	70	57	53	56	55	49
Sarriés	121	112	106	111	84	79	81	66

Tabla 1.4.2. Evolución población censo pueblos Valle de Salazar 1975-2013. Elaboración propia. Datos obtenidos del INE(13).

En la siguiente tabla, se puede observar la evolución demográfica del pueblo de Jaurrieta (Pueblo del Valle Salazar) donde se aprecia una tendencia a la baja de la población, que es similar en todos los pueblos del Pirineo Navarro.

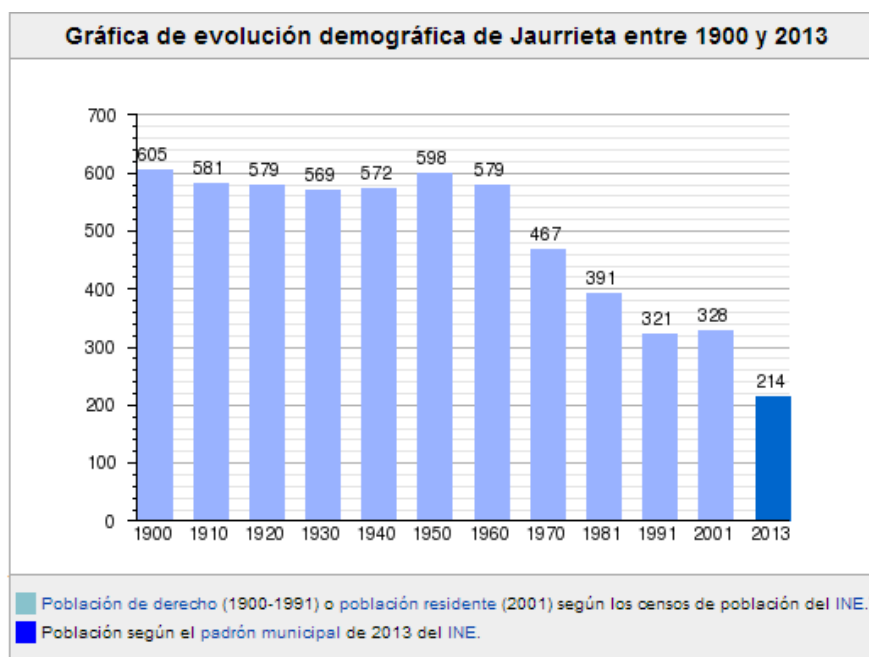


Grafico 1.4.1. Evolución demográfica Jaurrieta 1900-2013. Datos INE.(13)

La población del valle Salazar tuvo un gran decline sobre todo en los años 70 debido a la migración de la población a la ciudad. La disminución de los nacimientos, acompañada por el gran número de defunciones hizo que la población llegase a disminuir considerablemente. La población más joven comenzó a ir a la ciudad a estudiar y en busca de trabajo dejando la agricultura y la ganadería.

En la actualidad esa tendencia a la baja se está frenando, pero los pueblos tienen aproximadamente el 50% de habitantes que hace 40 años. Las políticas sociales intentan fomentar vivir en el medio rural pero las ayudas no llegan a donde realmente se necesitan. La lejanía de las grandes ciudades, la falta de servicios, el clima y falta de trabajo son las principales causas de que la gente joven no se quede a vivir en el Pirineo, aumentando la despoblación y el envejecimiento de la población que se queda.

Hay que tener en cuenta el fenómeno de la migración, ya que en otras poblaciones de Navarra de más al sur la población ha aumentado debido a la inmigración, fenómeno que no ha llegado a estos Valles Pirenaicos.

A fecha de 1 de enero de 2013 el Valle de Salazar tenía una población total de 1605 habitantes (población de los 15 pueblos)(13) .

Teniendo los datos del Instituto de Navarra de Estadística, el 28,85% de la población del Valle Salazar es mayor de 65 años. De este 28,85%, el 45% son hombres y el 55% mujeres.

Es por ello, que este proyecto va dirigido a las personas cuidadoras de ésta población y la causa de la elección de éste tema para el desarrollo del dicho proyecto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Realizar un proyecto de Educación para la Salud, dirigido a los cuidadores no profesionales del Valle de Salazar para desarrollar conocimientos, capacidades y habilidades en relación a los cuidados.

2.2 Objetivos secundarios

CUIDAR A LA OTRA PERSONA

- Reforzar conocimientos sobre alimentación, higiene, cuidado de la piel en personas mayores.
- Adquirir conocimientos sobre adecuación de la vivienda y prevención de caídas de personas mayores.
- Aprender a movilizar personas dependientes de manera adecuada.

CUIDAR DE SI MISMO

- Adquirir habilidades en técnicas del manejo del estrés.
- Desarrollar habilidades para la comunicación con familiares y persona cuidada.
- Adquirir conocimiento sobre Ley de Dependencia y ayudas sociales.

3 METODOLOGIA- MATERIAL- METODOS

Para el desarrollo del proyecto de Educación para la Salud se ha realizado una documentación y búsqueda bibliográfica donde se han revisado diferentes fuentes de información.

Por un lado, se ha obtenido información de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Gobierno de Navarra (Departamento de Salud Pública), Gobierno de Aragón, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Centro Nacional del Cuidador de San Francisco, Instituto Nacional de Estadística (INE) etc.

Por otro lado, se han consultado Guías de Atención al Cuidador, Manuales de Información, videos educativos, Informes de base gubernamental, Plan de Cuidados de Enfermería y Protocolos de Atención. Así mismo, se han revisado materiales de apoyo para la Educación para la Salud. Por ejemplo, trípticos para el cuidado de la espalda y de estrés del Gobierno de Navarra.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes palabras clave: Educación del cuidador, cuidador, cuidador no profesional y educación para la salud. El proceso de búsqueda se realizó desde el comienzo del desarrollo del proyecto hasta completar la información necesaria para su desarrollo.

Para conocer las necesidades en la población percibidas desde el sistema formal, se procedió a la elaboración de entrevistas con profesionales de la Zona Básica de Salud en la que se pretende desarrollar el proyecto.

Se revisaron los documentos y posteriormente se definieron y priorizaron los contenidos y el método de la intervención grupal que toma de referencia el Manual de Educación para la Salud del Gobierno de Navarra.

Para plantear una metodología adecuada ha sido imprescindible conocer la población diana en la que se pretende elaborar el programa de educación. Para ello, se realizó una búsqueda de la población, su contexto socioeconómico y socio demográfico en el Instituto de Estadística de Navarra.

Por último, para conocer directamente las necesidades de la población, se han mantenido entrevistas con varias cuidadoras de personas mayores del Valle de Salaz.

Teniendo en cuenta todos los datos obtenidos hasta el momento, y concretadas las principales necesidades de la población, se ha procedido a la elaboración y diseño del Programa de Educación para la Salud, el cual es el fin de dicho proyecto.

3.1 Metodología para la captación de la población diana

Tras la búsqueda bibliográfica y documentación para el desarrollo de los talleres se procedió a el desarrollo de la captación de la población diana para el desarrollo del proyecto.

Los talleres se impartirán a cuidadores de personas mayores del Valle de Salazar.

La captación de la población se realizará mediante carteles informativos en los diferentes pueblos del valle (puntos estratégicos donde acuden las personas de los pueblos: centro de salud, tiendas, bar-sociedades, revista del Valle Mendixut) y consultas personales. El cartel será informativo y también tendrá un periodo y un teléfono de contacto para apuntarse y consultar dudas.

También se realizara consulta telefónica a las familias con personas dependientes, dato facilitado por la trabajadora Social de Base. Mediante la consulta telefónica se pretende mostrar una cercanía e informar más específicamente a las personas que más lo necesitan y a quien precisamente van dirigidos los talleres. En algunos casos, se realizará la consulta personalmente ya que al tratarse de un valle pequeño no es grande la dificultad para llegar a los diferentes domicilios y así conocer las necesidades in situ. De esta manera, también se pretende conocer la disponibilidad de la población para dicho taller.

3.2 Justificación ética

Partiendo de los principios de bioética y teniendo en cuenta el objetivo del proyecto, me apoyo en el principio de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia para realizar el proyecto de Educación para la Salud.

Según el principio de Autonomía, se basa en el respeto mutuo, "todo miembro de la especie humana tiene derecho a ser *respetado* como agente libre"(18). Por lo tanto, en el desarrollo de este proyecto, se tendrá en todo momento respeto a todas las opiniones. Se recalcará ésta idea al comienzo de las sesiones de Educación para la Salud para mantener el respeto de todos y hacia todos los participantes.

Como enfermera, me comprometo a seguirán las reglas de la Bioética de los autores Beauchamp y Childress (20). para tratar a las personas de manera autónoma en el desarrollo de este proyecto:

- 1- Di la verdad
- 2- Respeta la privacidad de otros
- 3- Protege la confidencialidad de la información

Por lo tanto se procurará el principio de Autonomía de todos los asistentes.

Principio de Beneficencia, consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Por medio de este proyecto se pretende desarrollar habilidades y capacidades para el cuidado del cuidador y de las personas cuidadas cumpliendo así el principio de Beneficencia. Si logramos una concienciación y aumentamos los conocimientos de nuestra población diana, obtendremos beneficios individuales y sociales positivos a corto y a largo plazo, por lo tanto un beneficio para todos.

En el principio de no -Maleficencia, hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente: “Primero no hacer daño”(19). Este proyecto consiste en evitar daños a los cuidadores, a las personas cuidadas y a terceras personas, por lo que se mantiene el principio de no-maleficencia.

Mediante el principio de Justicia, pretendemos facilitar de una manera apropiada y equitativa los recursos y conocimientos, ya que de esta manera actuaremos en beneficio de todos sus coetáneos.

Por lo tanto, teniendo como guía los Principios de la Bioética a la hora de realizar el proyecto, evitaremos daños a terceras personas, actuamos en beneficio de los demás individuos a corto plazo y a nivel social largo plazo.

4 RESULTADO

Principalmente se han conseguido dos resultados:

- Por un lado, el hallazgo de material útil para poder llevar a cabo este proyecto: Guías de Atención al Cuidador, Manuales de Información, datos estadísticos, planes de Cuidados de Enfermería, Protocolos de Atención, materiales de apoyo para la Educación para la Salud grupal e individual, referencias de programas de educación de otras Autonomías de España, y material de apoyo para los talleres de educación como trípticos para el cuidado de la espalda y de estrés del Gobierno de Navarra. (Bibliografía).
- Por otro lado, gracias a la búsqueda bibliográfica y documentación revisada, se ha podido elaborar los talleres de educación grupal para desarrollarlos en la población del Valle de Salazar (Desarrollado a continuación).

4.1 Elaboración talleres

Población diana: Cuidadores de personas mayores del Valle de Salazar.

Captación población:

- Carteles informativos en todos los pueblos del Valle de Salazar en puntos estratégicos de las localidades.
- Consulta telefónica
- Consultas directa a las cuidadoras

Cuándo:

Los talleres se impartirán en periodo estival, ya que tras las consultas con varios de los cuidadores (posibles participantes de los talleres), comentaron tener mayor posibilidad de colaboración de algún familiar en estas fechas. Así mismo, consultando los horarios de disponibilidad, se optó por el horario de tardes, que es cuando los cuidadores ya han realizado la mayor parte de los trabajos en el hogar y tienen mayor disponibilidad. Hay que tener en cuenta, que muchas de las familias están compuestas por matrimonios mayores, donde generalmente uno de ellos o la hija que se ha quedado en casa, es la cuidadora principal. Durante el verano, los demás hermanos o familiares vuelven con los hijos (nietos) a pasar el verano al pueblo, por lo que al haber más gente es más fácil encontrar colaboración para estar con la persona cuidada durante los talleres.

Por lo tanto, se concreto el mes de Agosto para impartir los talleres durante la semana. Un día por semana, las 4 semanas de Agosto, haciendo que no coincidan con las fiestas patronales de ninguno de los pueblos para que la participación sea la máxima. Horario y fecha exactos quedan por concretar según mayor disponibilidad de participantes cuando se acerquen las fechas.

Desde el servicio social de base, también mostraron colaboración con el proyecto y comentaron que en caso de haber alguna persona interesada en acudir al taller pero no encontrar a nadie para quedarse con la persona a cuidar, buscarían la forma de que alguna compañera se quedaría con ellos durante el taller.

Dónde:

Sala de actos múltiples de Ochagavía. Desde el ayuntamiento de Ochagavia han mostrado total colaboración con el proyecto. Únicamente solicitan información más específica de las fechas y horarios de los talleres, para informar en caso de que otras personas también estarían interesados en utilizar la sala.

Se realizara en el pueblo de Ochagavía, además de tener los recursos necesarios para ello, es una de las localidades con mayor población, y por lo tanto con mayor población mayor y cuidadores. De este modo, disminuiríamos el número de personas que se tienen que movilizar para acudir a los talleres aumentando así su participación.

La sala se encuentra en el mismo edificio que el centro de salud de la localidad y por lo tanto es conocido por toda persona del valle. (Centro de salud planta baja, sala de actos múltiples 3ª planta, adaptado a personas discapacitadas).

Recursos y materiales:

-Recursos materiales:

Sala de Servicios múltiples consta de:

- Sillas
- Mesas
- Cañón
- Pantalla en la pared
- Pizarra y tizas
- Acceso wifi a internet
- Cadena de música

También serían necesario llevar:

- Ordenador para presentar el Power Point y videos
 - Folletos informativos (Disponibles en el Centro de Salud de Ezcároz y Ochagavía)
 - Hojas blancas y anexos
 - Bolígrafos
-
- Recursos profesionales:
 - Enfermera
 - Trabajadora Social de Base de Salazar-Navascués

Los recursos materiales en todas las sesiones serán los mismos excepto los diferentes anexos y materiales dependientes de cada sesión.

Se solicitaría a los asistentes que traigan una esterilla o toalla para realizar los ejercicios de relajación, se avisara durante las sesiones anteriores.

4.2 Metodología taller grupal

La Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud (EpS) como “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud”.

En este caso, se trata de una intervención grupal. El trabajo en grupo facilita la posibilidad de compartir experiencias, la comunicación y las relaciones sociales, el intercambio de información entre las personas y la creación de nuevas alternativas mediante la escucha de otros puntos de vista, otras opiniones y otras vivencias que hayan podido tener los cuidadores.

Los talleres tendrán un modelo teórico y operativo (24), procurando la participación grupal y activa de los asistentes. Por ello, las sesiones no serán rígidas puesto que podrán adaptarse a las características del grupo.

Durante las sesiones habrá que mantener y tener en cuenta motivación, deseo de aprender, comprensión de los conceptos y fomentar la participación activa para lograr cumplir los objetivos.

Al tratarse de talleres grupales, son varias las ventajas que se tienen y que ayudan a conseguir la finalidad de este proyecto. Por un lado el intercambio de conocimientos así como compartir experiencias entre iguales es muy gratificante. Por otro lado, los diferentes ejemplos que pueden aparecer de la vida cotidiana de un individuo pueden ser compartidos por los compañeros y ver que no están solos y sentirse identificados y entendidos por el resto del grupo. Se pueden entrenar técnicas de resolución de problemas y facilitar el cambio de actitudes y de creencias.

Para conseguir el logro de los objetivos, se utilizaran técnicas grupales del Manual de Educación para la Salud del Gobierno de Navarra (24-26):

- Técnicas de encuentro:
 - o Conductas verbales y no verbales
 - o Presentación
 - o Pactos y compromisos
 - o Resumen y evaluación

- Técnicas de expresión:
 - o Preguntas abiertas y cerradas
 - o Tormenta de ideas

- Técnicas de información:
 - o Exposición
 - o Exposición participativa

Por parte del educador es necesario tener unas actitudes a la hora de impartir los talleres. Sobre todo es importante la empatía y mantener una escucha activa con los compañeros. Mantener un clima participativo es la base de estos talleres por lo que el ambiente debe ser de adecuado y de apoyo en todo momento.

Para la elaboración de estos talleres se han tenido como referencia principalmente: el Manual de Educación para la Salud del Gobierno de Navarra, el Taller de Formación y Educación Sanitaria para personas cuidadoras del Servicio Canario de Salud (22), la Guía de Atención a Personas Cuidadoras del Servicio de Salud del Principado de Asturias (23), la Guía de Apoyo para Cuidadores y el Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2).

En la presentación y contrato de los talleres se solicitara a los asistentes una total confidencialidad y respeto por los compañeros. A lo largo de los talleres se pueden revelar experiencias personales relacionadas con el tema que se está tratando. Este tipo de información no debe ser comentada fuera del grupo bajo ningún concepto.

4.3 Diseño taller educación grupal

Los talleres constan de 4 sesiones que tendrán una duración aproximada de 120 minutos. Los primeros 3 talleres consisten en el cuidado del propio cuidador, y la última sesión corresponde al cuidado de la persona cuidada.

Los talleres se realizarán en grupos reducidos (10-15 personas), que es aproximadamente el número de personas estimado que puede acudir a los talleres.

Las sesiones se impartirán en lengua castellana a pesar de ser una zona mixta(14), ya que la población a la que va dirigido el proyecto es castellano-parlante en su totalidad.

1ª SESION:

Objetivos:

- Expresar, organizar y compartir experiencias sobre el trabajo de cuidar a otra persona.
- Reorganizar sus conocimientos sobre las tareas de cuidar.
- Analizar diferentes factores en la experiencia del cuidado.
- Identificar las consecuencias que la tarea de cuidar tiene en la vida de las personas cuidadoras

CONTENIDO	DESARROLLO	TECNICA	TIEMPO
Acogida y presentación	Presentación de la persona formadora y participantes	De relación Dinámica de encuentro.	15min
Presentación programa y contrato	Exposición talleres y contrato(Anexo1)	Técnica de acogida y negociación	20 min
Que significa ser cuidador y cuidar	Comentar experiencias del cuidar a otra personas	Lluvia de ideas. Rejilla	40min
Identificar factores en la experiencia de cuidar	Ejercicio Historia de Pilar y Juan(Anexo 2) Lectura grupos pequeños	Reflexión Análisis	40min

Resumen de la sesión	Destacar ideas clave de la sesión	Análisis Expositiva	5min
-----------------------------	-----------------------------------	---------------------	------

Desarrollo sesión:

Se comenzará la sesión con una acogida y presentación de los participantes. En general son personas que se conoce del de los diferentes pueblos del valle, por lo que cada uno se presentará y dirá el nombre y parentesco de la persona a la que cuida.

En segundo lugar, se realizará una exposición sobre los talleres y la metodología y se expondrá al contrato de asistencia y confidencialidad (Anexo 1. Compromisos). Se pedirá a los participantes que comenten que esperan aprender con este taller.

Se comenzará el temario con una tormenta de ideas donde los participantes comentarán que es para ellos el cuidado y el cuidador. En las primeras sesiones, la gente le cuesta empezar a participar por lo que se realizarán preguntas abiertas, resumen de comentarios y experiencias... para fomentar la participación. Se anotarán en la pizarra y se remarcarán las más importantes.

En relación a este tema se analizarán dos historias (Anexo 2. Dos historias un cuidado), en grupos pequeños para que vayan comentando y posteriormente se comentarán las conclusiones a las que han llegado en relación al cuidado y el perfil del cuidador.

Se finalizará la sesión realizando un resumen y reorganizando ideas de lo comentado en la clase y reforzando las ideas claves de la sesión.

2ª SESIÓN

Objetivos

- Reconocer las tareas y habilidades que implica el acto de cuidar.
- Identificar las consecuencias ligadas al acto de cuidar.
- Proponer estrategias y herramientas para afrontar dichas consecuencias.

CONTENIDO	DESARROLLO	TECNICA	TIEMPO
Recuerdo ideas claves sesión anterior	Resume sobre ideas principales a modo recordatorio de la sesión anterior	Expositiva Participativa	5

Tareas y consecuencias del cuidado en la persona cuidadora	Trabajo individual y su posterior puesta en común (Anexo 3)	Reflexión Análisis Lluvia de ideas	15
Reorganizar ideas	Organizar ideas. Recordar Hª Juan y Pilar. Dar introducción al siguiente apartado	Expositiva Técnica de Análisis	5
Señales de alerta en el proceso del cuidado y de estrés	Individualmente reflexionar y completar Anexo 4.	Reflexión	15
Detectar signos de estrés y alarma	Puesta en común	Técnica de investigación en el aula	15
Afrontamiento señales alarma y estrés	Exponer estrategias de afrontamiento del estrés(Anexo 5) con ejemplos de situaciones que hayan podido salir durante sesiones anteriores.	Reflexión Expositiva De análisis	40
Resumen de la sesión	Destacar ideas clave de la sesión	Análisis Expositiva	5min
Importancia de relajación: practica de ejercicios de relajación	Poner en práctica ejercicios básicos de relajamiento (Anexo 6 + Guía Estrés Gobierno de Navarra)	Expositiva Audio Guía Relax Practica	20min

Desarrollo sesión:

Se dará inicio a la sesión recordando lo aprendido en la sesión anterior y comentando sobre reflexiones que hayan realizado en relación a los contenidos de la clase.

En esta sesión se pretende enfatizar en las consecuencias del cuidado y señales de alarma. Para ello, en primer lugar se repartirá ficha (Anexo 3. Cuidado y sus consecuencias), para que la gente cite cuidados y consecuencias del cuidado en ellas mismas, y a posteriori se pondrán en común.

Teniendo en cuenta las ideas de este ejercicio y recordando la historia de Juan y Pilar (Anexo2), se realizará un resumen de ideas principales y se dará pie al siguiente ejercicio (Anexo 4. Señales de alarma del cuidador), para realizar una reflexión sobre signos de alarma de estrés y cansancio. Una vez realizado el ejercicio y su puesta en común, teniendo en cuenta los signos más citados entre los participantes, se

procederá a la exposición de técnicas de afrontamiento, con ejemplos y teniendo de guía una ficha donde podrán anotar ideas que les sirvan a cada uno de ellos (Anexo 5. Estrategias de afrontamiento). Se realizará un resumen y ideas clave de la sesión.

Se finalizará comentando la importancia de relajación, y se procederá a realizar un ejercicio práctico de relajación para que adquieran habilidades y lo puedan poner en práctica en su vida cotidiana.

3ª SESION

Objetivos:

- Reflexionar sobre la importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales.
- Mejorar las habilidades en el proceso de comunicación interpersonales
- Adquirir conocimientos sobre como poder pedir ayuda.
- Adquirir habilidades sobre organización del tiempo.

CONTENIDO	DESARROLLO	TECNICA	TIEMPO
Recuerdo ideas claves sesión anterior	Resume sobre ideas principal a modo recordatorio de la sesión anterior	Expositiva Participativa	5
La comunicación	Exponer el proceso de comunicación	Exposición con discusión	10
Comunicación con otras personas	En grupos realizar ejercicio comunicación (Anexo 9). Posterior puesta en común	Ejercicio de análisis Discusión	20
Mensajes YO	Primero explicar los mensajes yo. Ponerlo en práctica individualmente (Anexo 10)	Expositiva Practica Análisis de aula	20
Pedir ayuda	Explicación sobre qué se entiende de pedir ayuda y cómo hacerlo para que sea más eficaz.	Expositiva- participativa Preguntas abiertas	20
Organizar el tiempo	En grupo desarrollar ficha Tiempo para mi(Anexo 11)	Reflexión Lluvia de ideas Investigación del aula	20

Resumen sesión	Destacar ideas clave de la sesión	Análisis Expositiva	5min
Ayuda para cuidadores y Ley de Dependencia	Exponer los servicios del Valle de Salazar y Ley de Dependencia*	Expositiva	20

Desarrollo sesión:

Nuevamente se comenzara realizando un resumen de la clase anterior, se invita a las personas participantes a exponer las ideas claves y ayudarlas si no las recuerdan.

Se iniciara con la exposición de la importancia de la comunicación y sus componentes, durante la exposición se realizaran preguntas abiertas, por ejemplo: ¿Qué te parece que es la comunicación? etc.

Para poner en práctica lo expuesto se realizar un ejercicio (Anexo 9. Comunicación) por grupos y su posterior puesta en común. En relación a lo citado en este ejercicio se explicaran los “Mensajes Yo” y se realizar un ejercicio individual (Anexo 10. Mensajes Yo), para poner en práctica lo aprendido y se recogerán algunos ejemplos para valorar si se ha entendido o no y le daremos importancia y fomentaremos su utilización en el día a día.

En relación a los Mensaje Yo se dará introducción a la importancia de pedir ayuda en los cuidadores, y se darán unas ideas para fomentar la reflexión en cuanto a pedirá ayuda. Relacionado con ello, está el tiempo libre de cada uno, y se dará una introducción para realizar un ejercicio que ayude a los cuidadores a organizar el tiempo para cada uno. Este ejercicio (Anexo 11. Tiempo para mí.), se realizará en común recogiendo las ideas que van saliendo, ya que se pretende que sea una herramienta que puedan utilizar ellos mismos en su vida diaria.

Se relazará un resumen de lo expuesto y aprendido durante la sesión

Para terminar, la Trabajadora Social de Base Salazar-Almiradio, expondrá las ayudas existentes a los cuidadores que existen en el valle y la Ley de Dependencia 39/2006. Ruegos y preguntas.

*: Esta parte de la sesión la desarrollará la Trabajadora Social de Base.

4ª SESION. CUIDALE

Objetivos:

- Reorganizar sus conocimientos y desarrollar habilidades sobre higiene, cuidado de la piel y movilización.
- Adquirir conocimientos sobre adecuación de la vivienda y prevención de caídas de personas mayores.
- Aprender a movilizar personas dependientes de manera adecuada.

CONTENIDO	DESARROLLO	TECNICA	TIEMPO
Recuerdo ideas claves sesión anterior	Resume sobre ideas principal a modo recordatorio de la sesión anterior	Expositiva Participativa	5
Higiene y cuidados de la piel	Cuidados físicos. Trabajo grupal Anexo 7	Rejilla Investigación en aula	15
Como detectar lesiones en la piel	Describir los cuidados Anexo 8	Exposición con discusión	15
Movilizaciones	Explicar cómo realizamos técnicas de movilización y poner los conocimientos en practica	Exposición Demostración con entrenamiento	40
Cuidar la espalda.	Exposición de cuidados de la espalda (Guía cuidados espalda Gobierno de Navarra)	Exposición Demostración con entrenamiento	15
Prevención de caídas	Exposición factores que favorecen las caídas.	Lluvia de ideas Análisis Exposición	15
Evaluación	Evaluación individual sobre los talleres(Anexo 12)	Individual Reflexión	8
Agradecimientos y despedida			7

Desarrollo sesión:

Comenzaremos la sesión repasando lo de las sesiones anteriores, recordando ideas principales y escuchando reflexiones de los compañeros.

Esta sesión trata sobre el cuidado de la persona mayor por lo que podrán surgir dudas durante la exposición. Se comenzará realizando un ejercicio (Anexo 7. Piel y movilización) sobre el cuidado de la piel e higiene y movilización para conocer los conocimientos de los cuidadores. Posteriormente se procederá a explicar los cuidados de la piel (Anexo 8. Cuidados de la piel). A continuación se expondrá la correcta movilización de personas dependientes y se pondrán en práctica los conocimientos por parejas. Al mismo tiempo, se formará sobre los cuidados de la espalda (apoyo del folleto de Cuidados de la Espalda del Gobierno de Navarra).

Para finalizar se explicará el riesgo de caídas de las personas mayores y cómo prevenirlo, para ello, se realizará una lluvia de ideas para ir completando los conocimientos y la exposición.

Al tratarse de la última sesión de los talleres, se realizará una evaluación individual (Anexo 12. Evaluación) que se recogerá y se dará por finalizada la sesión con el agradecimiento y despedida.

5 DISCUSIÓN

El envejecimiento de la población es una realidad, principalmente, en los países desarrollados. En relación al envejecimiento de la población, cada vez hay más personas mayores que necesitan un cuidado, mayor o menor, pero que necesitan un cuidado. Consecuencia de ello es, que cada vez, hay más personas cuidadoras.

En los estudios revisados, el perfil del cuidador de personas mayores recae en las mujeres, ya que se trata de una obligación cultural, principalmente, inherente al género.

Tras la búsqueda y documentación de diversas fuentes bibliográficas relacionada con el perfil del cuidador, los resultados encontrados son similares en diversos los países.

Por ejemplo, en el año 2005 los autores Clara Inés Giraldo M. . Gloria María Franco A. et al.(21), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en Envigado (Colombia) realizando un muestreo de convención con el fin de conocer los cuidadores familiares de ancianos para conocer quiénes son y cómo asumen este rol.

En dicha investigación, analizaron el perfil socio demográfico y socioeconómico de los cuidadores de personas mayores de dicha localidad. Para ello, realizaron una captación de la población gracias al Pastoral de Salud donde colaboraron en el estudio 39 personas, ya que ni en el sistema de salud ni en sistemas oficiales de Envigado encontraron información precisa sobre cuidadores familiares de ancianos.

Se analizó el perfil del cuidador y se llegó a la conclusión de que era similar al de países como España, Brasil y Canadá. El perfil del cuidador según el estudio se trataba de:

- Todas ellas mujeres (las que colaboraron en el estudio)
- 89,7% vivían con el familiar a cuidar
- 64% eran hijas
- Baja escolaridad, 28,1% no habían acabado la primaria
- 79,5% compartían el rol del cuidador con otro oficio y el 20,5% solamente se dedicaban al cuidado
- 66,7% llevaban cuidando entre 6 meses y 6 años. El 12,9% llevaban más de 12 años
- 76,9% dedicaba más de 8hs al día al cuidado, de las cuales el 48,7% dedicaba más de 10hs.
- 56,3% recibía ayuda de algún otro familiar
- Solamente el 7,7% recibía alguna ayuda del sistema formal.

Teniendo estos datos en cuenta, se puede llegar a la conclusión de que el **sistema formal ha ofrecido poco apoyo a las familias** (7,7% de las cuidadoras refirieron este tipo de ayuda). Es una tarea pendiente de reorientación, ya que se estima que si en el año 2000 existía una población de 6,9% mayores de 60 años, para el

año 2050 se estima que ese grupo de población sea de un 21.6% de la población total de Colombia. Estos porcentajes de población son similares a otras poblaciones del mundo, por ello, esta necesidad de apoyo formal a cuidadores no formales, es una necesidad de todos los países.

Este aumento de población mayor supondrá una mayor necesidad de cuidados profesionales y no profesionales. Como comentan las autoras de dicha investigación, **las instituciones que tienen a su cargo la formación del personal de salud deben asumir responsabilidades** con el cuidado familiar, mediante la asistencia, el apoyo y el acompañamiento en esta importante tarea con la ejecución de programas y actividades de extensión o proyección trascendencia para lograr un cuidado de calidad y digno de seres humanos.

Durante la elaboración del estudio, se han encontrado literatura en relación al cuidado del cuidador, pero no se ha encontrado programas desarrollados en el medio rural.

Desde el punto de vista de Enfermería de Atención Primaria, los recursos y el tiempo limitado de consultas y visitas a domicilio hacen inviable impartir más apoyo y cuidado a los cuidadores, limitándose el tiempo principalmente a los cuidados de la persona mayor.

Por ello, tal vez, sería necesario, una reorganización de los servicios ampliando la cartera de servicios en la intención al cuidador no formal.

Cabe citar, que para el desarrollo de dicho proyecto, en el sistema informático de ATENEA, de Atención Primaria del Gobierno de Navarra, del centro de Salud de Ezcároz, no se encontró ningún diagnóstico de enfermería relacionada con el cuidador (por ejemplo Diagnóstico de Enfermería: riesgo de cansancio del rol de cuidador).

Por lo tanto, sería necesario revalorar el reconocimiento del cuidador desde Atención Primaria para que pueda ser valorado por la administración para fomentar el cuidado al cuidador.

6 CONCLUSIONES

Gracias a la realización de este proyecto se ha llegado a diversas conclusiones.

- 1) El cuidado informal afecta a: los receptores del cuidado, a los cuidadores informales, a las familias y el entorno de los cuidadores, a los empleadores de los cuidadores y a la sociedad en general.
- 2) Las salud y calidad de vida del cuidador inciden en el cuidado de las personas mayores
- 3) Existe una necesidad de ofrecer instrumentos que alivien la carga de cuidado informal y lo adapten a la vida de los cuidadores a través de servicios y ayudas técnicas y personales.
- 4) La consecuencia de niveles elevados de sobrecarga incluyen un incremento del riesgo de institucionalizar al paciente y se asocian a un incremento de la morbi- mortalidad en cuidadores.
- 5) Los beneficios económicos y sociales de reducir los niveles de sobrecarga son evidentes.
- 6) Un enfoque integrado de cuidados, con una atención centrada en la familia, podría aumentar la autonomía de las familias cuidadoras y paliar, en algún modo, las limitaciones o sufrimientos.
- 7) El cuidado informal continuará teniendo una presencia importante en nuestra sociedad y irá aumentando de manera que la población va envejeciendo, por ello es necesario que las políticas sociales se adapten a estas necesidades.

Para futuras investigaciones sería recomendable valorar una si los cuidadores y familias cuidadoras están preparados para dar respuesta a las nuevas situaciones de demanda asistencial, realizar una valoración sobre el “potencial familiar de cuidados”.

También, sería interesante realizar una valoración sobre el impacto y resultados de los Programas de Educación para los Cuidadores. De este modo, se valorar si son útiles, o si por lo contrario sería más efectiva una educación individual y personalizada para éste colectivo.

Por último, comentar, la importancia de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en la captación de cuidadores con sobrecarga, ya que en muchos casos, solamente se centra en el cuidado a la persona mayor por falta de recursos, por falta de tiempo etc. y éste reconocimiento empieza por incluir en el programa de ATENEA el diagnóstico para el reconocimiento de la persona cuidadora (Como por ejemplo: Riesgo del cansancio del rol de cuidador).

Sin duda, todo el trabajo para el cuidado de los cuidadores debe de realizarse de manera multidisciplinar y los recursos que lleguen a la población deben de ser equitativos, y no por vivir en un pueblo pequeño se debe de tener menos recursos que uno que vive en una ciudad.

7 AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a mi familia, que me ha apoyado desde el primer momento con la elaboración del proyecto. Agradecer sus ánimos durante este tiempo y gracias por enseñarme a confiar en mí misma y en mis decisiones.

Agradecer a las compañeras de clase, por el apoyo moral que nos hemos dado, sobre todo en estos dos últimos meses.

Agradecer a todas las personas que me han ayudado para que este proyecto se haya podido elaborar: Maria, Enfermera del Centro de Salud de Sarriguren, Marta, Trabajadora Social del Valle de Salazar, Conchi, Medico de Atencion Primaria del Centro de Salud de Ezcároz, Ainara, Enfermera del Centro de Salud de Otsagavia, Juan, Administrativo del Centro de Salud de Ezcároz, y personal administrativo de los Ayuntamientos y Junta General del Valle de Salazar.

Por último, y no por ello menos importante, agradecimientos a la tutora del Trabajo Fin de Grado, Doctora M^a Arantzazu Zabala Jauregiartzo, por sus recomendaciones en la elaboración de este proyecto y su paciencia.

8 BIBLIOGRAFIA

1. Rogero J. (2009). Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). “Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores.” Impreso en Madrid. Visitado el 5/2014. Disponible en :
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>
2. Campos J.R., Fernández A.M et al., (2013). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. “Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes.” Impreso en Madrid. Visitado el 10/05/2014. Disponible en :
http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/MANUAL_HABILIDADES_SEGG.pdf
3. Departamento de salud del gobierno de Navarra. Borrador plan de salud de Navarra 2014-2020. Visitado el 10/05/2014. Disponible en:
https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/borrador_plan_de_salud_2014-2020_0.pdf
4. Carretero L., Garcés J., Ródenas F., (2005). “La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial.” Visitado el 10/05/2014. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
5. Abellán García A., Vilches Fuentes J., Pujol Rodriguez R., (2014). Indicadores estadísticos básicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red. “El perfil de las personas mayores en España”. Visitado el 10/05/2014. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos14.pdf>

6. Canga A., Vivar C. G., Naval C. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. "Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar." Versión impresa ISSN 1137-6627. Pamplona. Visitado el mayo 2014. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272011000300012&script=sci_arttext
7. Crespo M., López J. (2007). Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Impreso en Madrid. "El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar." Visitado el 5/2014. Disponible en :
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
8. National Caregiver Alliance. "Caregiver's Guide to Understanding Dementia Behaviours." (2004). (Guía del cuidador para entender la conducta de los pacientes con demencia), December 2004. Visitado 15/05/2014 Disponible en:
<https://caregiver.org/caregivers-guide-understanding-dementia-behaviors>
9. Rodríguez P., Mateo A., Sancho M., Álvarez M. (2005). Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Impreso en Madrid. "Cuidados a las personas mayores en los Hogares Españoles." Visitado el 5/2014. Disponible en :
http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/cuidado_sppmmhogares.pdf
10. Pagina web Junta General del Valle de Salazar. Visitado el 4/2014. Disponible en
www.valledesalazar.com
11. Departamento de políticas sociales Gobierno de Navarra. Plan de apoyo a la familia. (2014). Situación actual de las familias en Navarra. Resumen ejecutivo. Visitado el 1/05/2014. Disponible en :
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9D13E4D1-1034-4614-9704-A84DC4FA76F4/281202/ResumenejecutivodiagnosticoPortalGobiernoformato2.pdf>
12. Gobierno de Navarra. Zonificación Navarra. Visitado el 4/2014. Disponible en
<http://www.navarra.es/>
13. Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2013. . Visitado 1/05/2014. Disponible en: <http://www.ine.es>

14. Observaciones Territoriales de Navarra (OTN). Zonificación de Navarra. (2011). Gobierno de Navarra. Visitado 1/05/2014. Disponible en:
<http://nasuvinsa.es/sites/default/files/pdfs/OTNZonificaciondeNavarra.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Visitado 1/05/2014. Disponible en:
<http://www.who.int>
16. Fernández Pérez J. L., Herce San Miguel J. A., Martín Barragán E. et al. (2009). "Los retos socio-económicos del envejecimiento en España. Analistas Financieros Internacionales." Visitado abril del 2014. Disponible en
http://www.unespa.es/adjuntos/fichero_3009_20100125.pdf
17. Instituto de Estadística de Navarra. Visitado el 5/5/2014. Disponible en :
<http://www.cfnavarra.es/estadistica>
18. Pastor J., (2000). Revista Cubana de Medicina Integral. "Principios Bioéticas en la Atención Primaria de Salud.". Vol. 16 nº 4. La Habana, Cuba. Visitado 1/06/2014
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252000000400014#*
19. Costa A.M., Almendro A. (2009). "Beneficencia y no-maleficencia." Visitado el 1/06/2014. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/beneficencia.asp#conjunto>
20. Siurana J. C. (2010). "Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural." Veritas n.22 Valparaíso. Visitado el 1/06/2014. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071892732010000100006&script=sci_arttext
21. Giraldo C. I., Franco G.M et al. (2005). "Revisión bibliográfica artículo investigación: Cuidadores familiares de ancianos, quién son y cómo asumen este rol". Revista Facultad Nacional Salud Pública Vol. 23 N.º 2 julio- diciembre 2005. Colombia. Visitado 1 de junio 2014. Disponible en:
http://www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?url=oai:ojs.aprendeenlinea.udea.edu.co:article/465&oai_iden=oai_revista482

22. Servicio Canario de Salud. Servicio de Atención Primaria, Planificación y control. (2003). "Taller de formación y educación para personas cuidadoras." Visitado 1 de mayo. Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a56de54e-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Taller_cuidadoras.pdf
23. Martín M^a D., Cossio I., Cotiello Y., et al. (2005). Servicio de Salud del Principado de Asturias.). "Guía de atención a personas cuidadoras." Visitado 20 de mayo. Disponible en: http://www.riicotec.org/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/guia_a_tencion_personas_cuidado.pdf
24. Perez M.J., Echauri M., Ancizu E. et al. (2006). Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de la Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Departamento de Salud. "Manual de Educación para la Salud." Visitado mayo 2014. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A7EBFCE1-89F0-4406-81A7-7786919A25F7/260756/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
25. Gobierno de Navarra. "Metodología en educación individual y grupal". Visitado mayo 2014. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/0B4DA52B-F565-452C-A61F-256C6078766E/193904/MetodologiaEducacionindygrupal.pdf>
26. Echauri M, Marin P., Música R. y Pérez M^a J. (2012). Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Sección de Evaluación y Calidad Asistencial de la Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Departamento de Salud. "Nuevas propuestas de intervención educativa grupal." Visitado mayo 2014. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/739B6C29-A767-45BD-A86F-BFC9324AD919/231028/Nuevaspropuestasdeintervencioneducativagrupal2.pdf>

9 ANEXOS

ANEXO 1.

ACUERDOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

Compromiso de asistir a todas las sesiones (intentar avisar en caso de que no se pueda acudir).

Derecho a expresarse libremente para todas las personas participantes en el grupo.

Actitud positiva y constructiva.

Centrarse en el tema.

5. Compromiso* de mantener la confidencialidad y respeto a los compañeros (lo que se dice en el grupo no puede salir del grupo).

*A lo largo del taller, algunas personas pueden revelar una experiencia personal que ilustre el tema que estamos tratando. Debemos recordar que este tipo de información no debe ser comentada fuera del grupo. De esta manera todos y todas podemos sentirnos más cómodos sabiendo que lo que se diga no se divulgará a otras personas fuera del grupo.

ANEXO 2

DOS HISTORIAS UN CUIDADO

Juan

Tiene 50 años, está casado y tiene dos hijas de 23 y 20 años. La mayor está casada y vive fuera y la pequeña estudia en la universidad. Trabaja en una empresa metalúrgica y acaba su jornada a las 6 de la tarde. Por la semana suele ir a tomar sidra con los amigos al salir del trabajo.

Su madre, Honorina, tiene 80 años y tuvo una trombosis hace dos años. Quedó paralizada en silla de ruedas. Habla con dificultad y está en la cama o en la silla de ruedas. Necesita ayuda para todo: moverse, comer, lavarse, etc.

Juan no encuentra mucho tiempo para cuidarla. Los sábados por la mañana se queda con ella para que su mujer, Pilar, haga la compra de la semana. A veces hace algún recado durante la semana. Los domingos por la mañana ayuda a asear a su madre, luego sale y a la tarde va al fútbol. Por las noches, ayuda a meterla a la cama.

Pilar

Tiene 48 años y está casada con Juan. Dejó el trabajo cuando su suegra vino a casa por la trombosis. Perdió casi toda su relación con las compañeras de trabajo, con las que solía tomar café. Dejó también de salir con su marido.

La relación con su suegra, que es viuda, siempre fue muy buena.

Tiene ayuda domiciliaria del ayuntamiento una hora al día.

Tiene un cuñado que está soltero. Los sábados por la tarde viene a hacer una visita a Honorina. El verano pasado propuso quedarse con ella durante una semana, para que Pilar y Juan salieran de vacaciones. Pilar no quiso, porque pensó que igual no iba a cuidarla como lo hacía ella.

La hija de Pilar la ayuda a levantar de la cama a la abuela por las mañanas y a veces a asearla, pero Pilar no quiere que le dedique mucho tiempo, para que estudie y salga.

Pilar ya ha tenido problemas de espalda y para dormir. Está agobiada, pero no ve muchas salidas a su situación. Cree que es lo que le ha tocado y tendrá que aguantar.

¿Conocéis casos parecidos en vuestro entorno?

¿Cómo afecta la situación de Honorina a la vida de Pilar, Juan y sus hijas?

Ante un caso semejante que le ocurriese a una amiga, a una vecina o un familiar, ¿Qué le recomendarías que hiciese?

ANEXO 3

EN QUÉ CONSISTE CUIDAR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA

Piense en las tareas que realiza para el cuidado, las habilidades que ha ido desarrollando para ello y enumere las consecuencias que las mismas tienen para su vida.

¿Cuidados que usted presta?

¿Qué habilidades ha ido desarrollando?

¿Qué consecuencias tiene en su vida las tareas del cuidado?

ANEXO 4. Señales de alarma- estrés.

Piensa si alguna de estas señales se les ha prestante **en las dos últimas semanas** y señale si les ocurren muchas veces, a veces o nunca.

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES
Problemas con el sueño Sensación de cansancio continuo Enfadarse con facilidad Dar demasiada importancia a pequeños detalles Tristeza Pérdida de interés por las personas y las cosas Nervios a flor de piel Necesidad de tomar calmantes o tranquilizantes Aislamiento Aumento o disminución del apetito Sensación de tener «algo» en la garganta. Ansiedad. Beber, fumar y/o consumir medicamentos en exceso. Depresión. Diarrea o micción frecuente. Disculpad para respirar Dolores de cabeza Insomnio Tensión muscular (cuello, hombros, mandíbula...) «Nudo» en el estómago. Sudoración en las manos			

Fíjese ahora en las señales de alarma que usted ha señalado en la columna de “muchas veces”. ¿Qué suele hacer usted cuando aparecen?

ANEXO 5

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN

- Darse cuenta de que es necesario cambiar.
- Pedir ayuda.
 - Pedir ayuda a familiares y amistades.
 - Pedir ayuda a servicios, instituciones y asociaciones.
- Poner límites al cuidado.
- Cuidar de la propia salud.
 - Ejercicio físico.
 - Alimentación saludable.
 - Sueño-descanso.
 - Tiempo propio.
 - Relajación.
 - Relaciones sociales.
- Afirmarse y comunicarse mejor.
- Reconocer y aceptar los sentimientos.
- Conocer y hacer uso de sus derechos.
- Pensar en el futuro.
- Fomentar la autonomía de la persona dependiente.

Y yo voy a...

ANEXO 6

MANEJO DEL ESTRÉS.

Ejercicios de relajación:

Pasos para la respiración profunda:

- Coloque una mano en el estomago, justo encima del ombligo.
- Coloque la otra mano en su pecho.
- Exhale y deje que su estomago baje lentamente.

Ejercicio de relajación

- Se puede realizar en cualquier lugar o situación. La postura que se adopte puede ser sentado/a o acostado/a.
- Es un ejercicio para conseguir una relajación rápida cuando se dispone de poco tiempo. Se trata de tensar todos los grupos de músculos a la vez, durante 5 segundo.

- Cerrar los puños.
- Doblar los brazos por los codos intentando tocarse los hombros con los puños.
- Encoger los hombros.
- Apretar la cabeza (contra el sillón, si se tiene) hacia atrás y tensar la nuca.
- Cerrar los ojos y apretarlos con fuerza.
- Apretar los dientes y los labios.
- Extender las piernas y elevar los talones del suelo para tensar los músculos del estómago.
- Coger aire profundamente

Después, dejarse , permitiendo que todo el cuerpo se relaje lo más posible. Permanecer así, concentrándose en una imagen mental relajante y respirando tranquilamente. La imagen mental puede referirse a lugares o situaciones muy relajantes como: sentarse frente a la chimenea, tumbarse en verano a la orilla de un río, visualizar un bello paisaje, o la sonrisa de un niño/a, una puesta de sol...

Si no se puede pensar en una imagen relajante, concentrarse en algo divertido.

Si no es posible mantener la atención mucho tiempo en una imagen, pensar una detrás de otra.

(Tríptico estés Gobierno de Navarra)

ANEXO 7

PIEL Y MOVILIZACIÓN

Comentad la importancia que puede tener, cómo los llevo yo estos temas y cómo los vive la persona a quien cuido, formas de llevarlos a cabo y dificultad al respecto

- Higiene personal y cuidados de la piel

- Cambios posturales y movilización

ANEXO 8.

CUIDADO DE LA PIEL

¿Qué produce lesiones en la piel?

Fundamentalmente la presión directa, el peso del cuerpo presiona los tejidos entre la cama y/o la silla y el hueso. También se pueden producir por la fricción, cuando se arrastra a la persona para movilizarla o cuando esta última se va deslizando (está sentada y se va resbalando poco a poco).

¿En quién aparecen?

Principalmente en personas que sufren en la piel una presión prolongada y que además pueden tener algunos de los siguientes factores predisponentes:

- ✓ Edad avanzada.
- ✓ Inmovilidad y encamamiento prolongado.
- ✓ Incontinencia urinaria y/o fecal, exceso de humedad.
- ✓ Bajo nivel de conciencia o de estado mental; la persona renuncia a cambiar de postura.
- ✓ Uso de medicamentos: corticoides, citostáticos.
- ✓ Alteraciones circulatorias y vasculares; mal estado de la piel; alteraciones respiratorias; endocrinas y/o nutricionales (malnutrición, deshidratación,...)
- ✓ Afectación mecánica: férulas, yesos, tracciones.
- ✓ Factores psicosociales: depresión, falta de higiene, ausencia de persona cuidadora...

Como evitar lesiones en la piel

- Realizar cambios posturales, con una movilización adecuada, evitando los arrastres para no friccionar la piel sobre la cama
- Utilizar sábanas suaves, de tejidos naturales como el algodón. Hay que asegurarse que están bien estiradas y sin pliegues, limpias, secas y sin restos de alimentos.
- Valorar la utilización de superficies especiales de apoyo para el manejo de la presión según el riesgo y situación clínica del paciente; colchones especiales. Usar dispositivos como apósitos protectores, almohadas, cojines, vendajes almohadillados..., sobre aquellas zonas que soportan mayor presión. Evitar el contacto de las prominencias óseas entre sí.
- Adecuada higiene de la piel. Mantener la piel limpia y seca. Lavar la piel con agua tibia, aclarado y secado meticulosamente sin friccionar(utilizar jabones pH neutro, no

utilizar ningún tipo de alcoholes romero, colonias...) sobre la piel. Aplicar crema o aceites hidratantes.

¿Cómo detectar las lesiones de la piel?

Examinando diariamente el estado de la piel (el aseo diario es un buen momento), buscando zonas que se mantienen enrojecidas después de un rato sin estar la persona apoyada sobre ellas o pequeñas heridas, rozaduras, ampollas..., especialmente en las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos, etc.).

Posiciones y lugares más frecuentes que favorecen la aparición de lesiones de la piel

- Posición decúbito dorsal o supino:

- ✓ Occipital.
- ✓ Omóplato.
- ✓ Codos.
- ✓ Sacro.
- ✓ Talones.
- ✓ Dedos del pie.

- Posición de decúbito lateral:

- ✓ Oreja.
- ✓ Costillas.
- ✓ Maleolo.
- ✓ Acromion (hombro).
- ✓ Trocánter.
- ✓ Codo.
- ✓ Cóndilos.

- Posición prona o ventral:

- ✓ Mejilla.
- ✓ Costillas.
- ✓ Dedos.
- ✓ Acromion.
- ✓ Rodillas.
- ✓ Cara anterior muslos.
- ✓ Órganos genitales y mamas.

- Posición sentada:

- ✓ Tuberosidades isquion.
- ✓ Región escapular.
- ✓ Codos.
- ✓ Talones.
- ✓ Coxis.

ANEXO 9.

COMUNICACIÓN (En relación a la historia de Juan y Pilar)

Pilar ha quedado un día con su cuñado y marido para ver si pueden repartirse el cuidado de su suegra y les dice:

- 1) “Estoy harta, no puedo más. Al principio me ayudasteis en el cuidado en el cuidado de vuestra madre, pero lleváis una temporada que solo venís de visita. Para todo tenéis tiempo, menos para cuidados a vuestra madre. Por vuestra culpa cada día me siento más cansada y no tengo ilusión por nada.”
- 2) “Ya sé que estáis ocupados, que trabajáis mucho, pero quizás, si no es mucha molestia, de vez en cuando podríais echarme una mano en el cuidado de vuestra madre. No lo llevo mal, ya sé que me toca, pero a la vez estoy cansad y ...”
- 3) “Estoy hecha polvo, me siento cansada y sin ganas de nada, el cuidado de vuestra madre me está devorando y necesito que ayudéis. Necesito tener algo de tiempo libre para estar con mis amigas y algo de tiempo para mí. Sé que estáis liados con el trabajo pero ¿Podríais colaborar para que tenga los días 2 horas libres?.”

- Analizar los 3 casos.

- ¿Qué forma de comunicación os parece que puede facilitar más a Pilar conseguir ayuda?

- ¿Cuál de ellas os parece que favorece la relación interpersonal? ¿Por qué?

ANEXO 10

MENSAJES - YO

Lean las situaciones y los “mensaje tú”. Tienen que cambiar estos “mensajes tú” y escribirlos en forma de “mensajes yo”.

1. Situación

Te has puesto a régimen. Los demás miembros de tu familia no.

Mensaje tú

¡Parece que lo hacéis a propósito! Sabéis que quiero adelgazar y no hacéis otra cosa que comer delante de mí para darme envidia.

Mensaje yo

.....
.....

2. Situación

La persona a quien cuidas lleva unos días malhumorada, habla poco y no sabes qué le pasa.

Mensaje tú

¡Estás que no hay quien te aguante; alegra esa cara, que otros están peor!

Mensaje yo

.....
.....

3. Situación

Tu hermano iba a venir a cuidar a tu padre porque tienes vez en la peluquería. Llama para decirte que hoy no puede.

Mensaje tú

Siempre haces lo mismo. Eres un cara dura. No piensas nada más que en ti.

Mensaje yo

.....
.....

ANEXO 11.

TIEMPO PARA MÍ

A continuación vamos a reflexionar sobre estos puntos y pondremos en común.

1. Hacer una lista de todas las tareas que se deben realizar.
2. Ordenar las actividades según la importancia para cada persona, empezando por las más importantes.
3. Anotar para cada tarea el tiempo aproximado que necesita dedicarle.
4. Hacer otra lista con las actividades que le gustaría realizar.
5. Ordenar estas últimas según su importancia para ella.
6. Anotar para cada actividad el tiempo aproximado que necesita para realizarla.
7. Hacer una única lista con las tareas que deben realizar y las que le gustaría realizar, siguiendo un orden de importancia.
8. Si no hay tiempo para todas las tareas y actividades que ha anotado, posponer para otro momento las que están en los últimos lugares de la lista y cuando se disponga de tiempo extra, hacerlas

ANEXO 12.

EVALUACION

Le agradeceríamos conteste al siguiente cuestionario sobre lo que ha supuesto para usted acudir al taller.

Señale con una X la opción con la que usted se identifica

-Realizar las tareas como persona cuidadora es importante para la familia y para la sociedad

- ☐ Siempre he creído que es una tarea importante.
- ☐ Antes creía que no era importante pero a raíz del taller sí lo pienso.
- ☐ Nunca pensé que fuera importante y sigo pensando igual

-Pedir ayuda a familiares y amistades.

- ☐ No lo hago y veo difícil hacerlo.
- ☐ No lo hago pero voy a intentarlo.
- ☐ Ya he comenzado a hacerlo.
- ☐ Ya lo hacía antes del taller

-Cuidarme (buscar un tiempo para mí, cuidar mi alimentación y mi descanso salir con otras personas y relacionarme)

- ☐ No lo hago y veo difícil hacerlo.
- ☐ No lo hago pero voy a intentarlo.
- ☐ Ya he comenzado a hacerlo.
- ☐ Ya lo hacía antes del taller

-Controlar el estrés.

- ☐ No lo hago y veo difícil hacerlo.
- ☐ No lo hago pero voy a intentarlo.
- ☐ Ya he comenzado a hacerlo.
- ☐ Ya lo hacía antes del taller

¿Cómo valoras la organización del curso?

- Nº de horas

☐ Pocas ☐ Suficientes ☐ Excesivas

- Horario

☐ Adecuado ☐ No adecuado

